Ministerio de Salud Pública

# SALUD MENTAL EN DESASTRES

## MANUAL DE GESTIÓN

2016

PRIMERA EDICIÓN

**Ficha catalográfica**

XXXXXXXXXX
Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Salud Mental en Desastres. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones
Salud; 2016, xx p
Xxxxxxxxxxx

## Ministerio de Salud Pública

**Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud**
**Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones**
Calle Italia y Av. Mariana de Jesús Edificio OBRUM.
Teléfonos: 593-2-381-4400
Página Web: www.msp.gob.ec

¿Cómo citar este documento?
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud Mental en Desastres. Primera Edición. Quito: Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones; 2016. Disponible en: http://salud.gob.ec

**Autoridades**
Dra. Margarita Guevara Ministra de Salud Pública
Dra. Verónica Espinoza Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dr. Laureano Restrepo Viceministro de Atención Integral de Salud
Lcda. Consuelo Santamaría Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dr. Paúl Proaño Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dra. Jakeline Calle Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud
Dra. Catalina Yépez Subsecretaría Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Ing. María Gabriela Morales Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.

**Edición general**
Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

## Equipo de redacción y autores

Primera Edición

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

| | | |
|---|---|---|
| Cristian Andrés Villacrés | MSP | Proyecto de Salud Mental |
| Roberto Enríquez | MSP | Comisión de Salud Mental |
| Carlos Díaz | MSP | Comisión de Salud Mental |
| Abel Pérez | MSP | Proyecto de Salud Mental |

## Equipo de revisión.

| | | |
|---|---|---|
| Carlos Díaz | MSP | Comisión de Salud Mentall |
| Cristian Andrés Villacrés | MSP | Proyecto de Salud Mental |
| Roberto Enríquez | MSP | Comisión de Salud Mental |
| Lorea Barrios | MSP | Dirección Nacional de promoción de la Salud |
| Diana Cerón | MSP | Dirección Nacional de promoción de la Salud |
| Freddy Nieto | MSP | Dirección Nacional de Gestión de Riesgos |
| Vladimir Andrade | SETED | |
| Miriam Yumbillo | MINEDUC | |
| José Luis Vivanco | IESS | |
| Israel Espinosa | IESS | |
| María Caridad Peña | UDLA | |
| Lorena Sánchez | UDLA | |
| Marjorie Reyes | UDLA | |
| Virginia Pérez | UNICEF | |
| Stefania Andrade | SGR | |
| Nelly Jácome Villalva | MJDHC | Directora Nacional de Violencia Intrafamiliar y Género |

**Introducción**

El terremoto ocurrido en Ecuador el 16 de abril de 2016, repercutió de manera grave en diferentes ámbitos y dinámicas sociales de la población que fue directamente afectada, a causa de su cercanía con el epicentro. El daño causado por el evento geológico, es evidente en el paisaje de pueblos y ciudades del país, donde estructuras, públicas y privadas fueron destruidas, además de la interrupción de servicios básicos, desabastecimiento de productos vitales, entre otros.

Sin embargo, el mayor impacto a considerarse, es el estado anímico de la población, el fallecimiento de personas, familiares, amigos, vecinos, la presencia de numerosos heridos, sumado al aumento de factores de riesgo, como vectores de transmisión de enfermedades, violencia, colapso de servicios de salud y escasa disponibilidad de profesionales especialistas para la atención a personas con problemas de salud de diversa índole y complejidad, son efectos de gran impacto para el ámbito de la salud mental, a corto y largo plazo.

**Justificativos**

La dimensión de la salud que es afectada de manera importante por este tipo de eventos naturales, como son los terremotos, es la mental, que se manifiesta en las personas con síntomas de depresión, estrés, ansiedad, conductas agresivas; o la presencia de casos de abuso sexual y consumo de alcohol y otras drogas en la población, para la cual se requiere acciones de salud y personal especializado que las puedan contener a corto, mediano y largo plazo.

Al respecto, las provincias de Manabí y Esmeraldas, que son las más afectadas por el terremoto, en cuanto a disponibilidad de profesionales de salud mental, cuentan con los siguientes según la información remitida por las distintas coordinaciones zonales: 28 psicólogos, 3 psiquiatras, 15 trabajadoras sociales, 3 terapistas ocupacionales, distribuidos en nueve distritos (de doce que componen la provincia), en la provincia de Manabí[1], mientras que en Esmeraldas se cuenta con: 14 psicólogos, 1 psiquiatra, 2 terapistas ocupacionales, 29 trabajadores sociales[2] distribuidos en 6 distritos que conforman la provincia, número que resulta insuficiente para una población total de 1´369.780[3] personas, en razón de 48.921 habitantes por cada psicólogo, 456.593 por psiquiatra y terapista ocupacional y 91.319 por trabajador social en Manabí, mientras que Esmeraldas cuenta con una población de 599.777, en razón de 42.841 habitantes por cada psicólogo, 599.777[4] por psiquiatra, 299.889 habitantes por cada terapista ocupacional y 20.682 habitantes por cada trabajador social.

Esta situación obliga al Ministerio de Salud Pública (MSP), como Autoridad Sanitaria Nacional, apoyado en la Declaratoria de Estado de Excepción (16 abril 2016) a movilizar personal de otras provincias del país, además de voluntarios que se encuentren dispuestos a apoyar en los lugares con población que requieran intervenciones de salud mental.

Sobre esto último, se requiere lineamientos específicos para que el accionar de estos recursos

---

[1] Coordinación Zonal 4
[2] Coordinación Zonal 1
[3] Proyección de población INEC 2015
[4] IBIDEM

humanos temporales (funcionarios de salud mental del MSP, de otras instituciones de salud de la red pública y complementaria) sea lo más efectivo posible, y cumpla con criterios de calidad de la atención ajustados a la situación de desastre. Para lo cual, como Autoridad Sanitaria Nacional establece el presente documento para su aplicación en los lugares donde este recurso intervenga.

## 1. Objetivos

### 1.1 General

Establecer lineamientos para intervenciones de salud mental, a ser aplicadas por profesionales de la red pública, complementaria y voluntarios en general, en poblaciones en situación de desastre y equipos de voluntarios que presten su apoyo en las zonas afectadas

### 1.2 Específicos

a. Determinar la disponibilidad y necesidad de recursos humanos de salud mental para intervenir en las diferentes etapas del desastre.
b. Establecer las funciones y actividades del personal voluntario y permanente de salud mental que interviene en las fases del desastre.
c. Definir los flujos de información y las rutas de atención a ser cumplidas por el personal de salud mental.

## 2. Alcance

De aplicación en el territorio que se presente la emergencia o desastre.

## 3. Población Objetivo:

a. Equipos de atención integral de salud y personal de salud mental de la Red Pública Integral y Red Complementaria.
b. Personal administrativo de niveles distrital y zonal responsables del componente de salud mental de la Red Pública Integral y Red Complementaria.
c. Voluntarios: profesionales, estudiantes último año de carreras relacionadas a la salud mental[5].
d. Personas usuarias de los servicios de salud mental y personas que habitan los campamentos/albergues de las zonas afectadas.

## 4. Componentes

Los lineamientos constan de tres componentes: Organización, Provisión y Gestión de la información que estará en concordancia con la fase de rehabilitación en emergencias y desastres. Cabe indicar, que las fases de un desastre agudo son de emergencia y rehabilitación (OPS, 2004), pero el presente documento se enfoca en la segunda -a pesar de que no hay una frontera clara entre ellas-, y da prioridad a las intervenciones por personal de salud mental, proyectando la continuidad de las acciones, bajo la responsabilidad de los servicios y personal permanente de la zona de influencia en donde ocurrió el desastre.

**4.1 Componente 1. Organización:** Se refiere a como se dispensará la atención de salud mental: escenarios, modalidades, organización en campamento/albergues.

---

[5] Se recomienda priorizar las acciones con estudiantes de último año, si la participación es de estudiantes de años inferiores es necesario el monitoreo de un tutor de la Universidad con actividades específicas citadas en este documento.

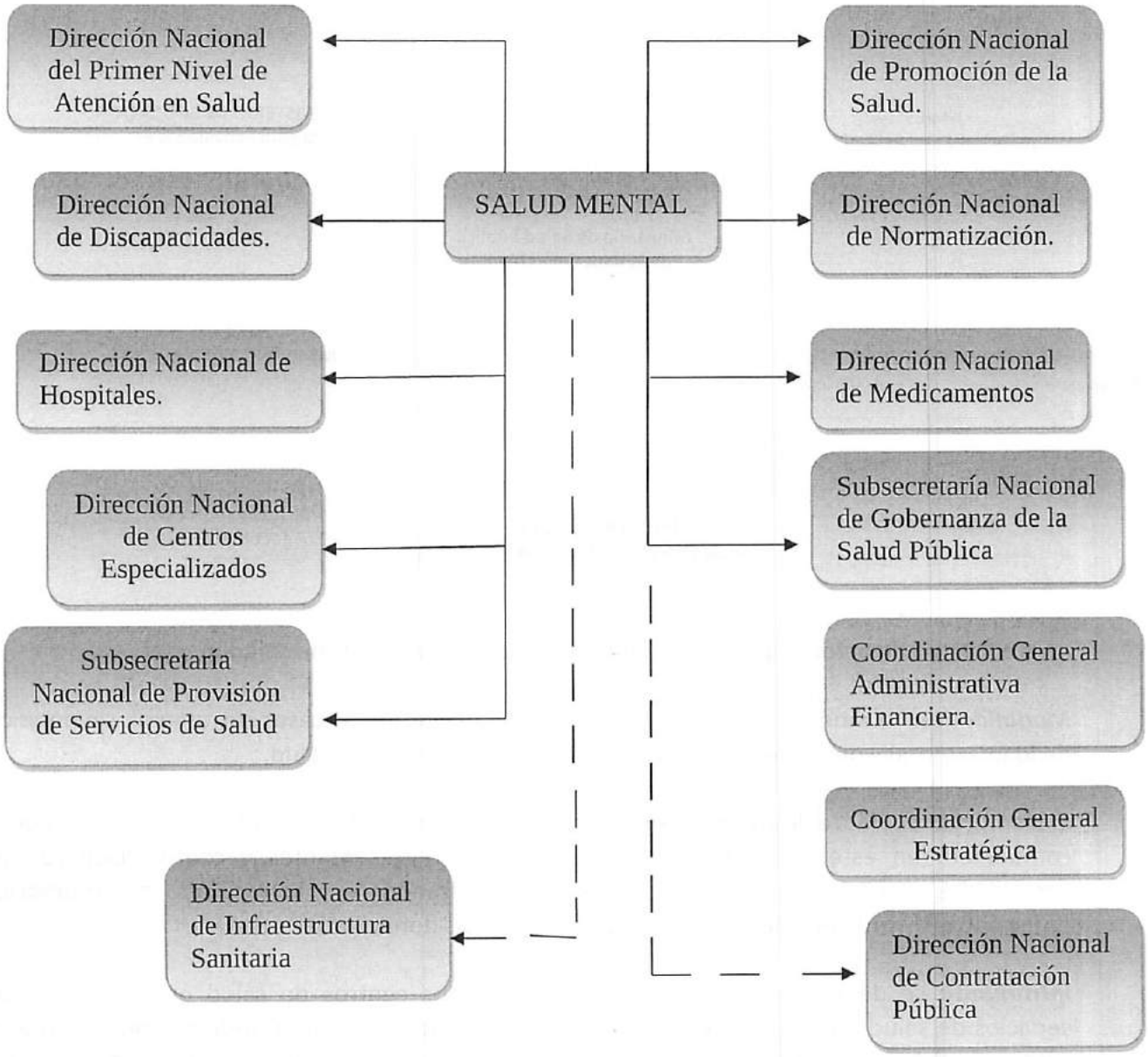
***Escenarios***. En situaciones de desastre, es probable que los servicios de salud colapsen, o las vías de acceso afectadas dificulten el traslado hacia estos. Por otro lado, la presencia de damnificados que han perdido sus viviendas a causa de los derrumbes, provoca que se los reubique en campamento/albergues, unos formales y construidos para el efecto, y otros, en mayor número improvisados por autoridades oficiales o por la población (casas barriales, escuelas, iglesias, centros colectivos, /albergues fijos en lugares abiertos). Por esto, el escenario comunitario (MAIS, 2012) en la fase final de emergencia y la de rehabilitación será principalmente en el campamento/albergue, además del familiar y el individual en las viviendas que se encuentren habilitadas.

El número de personas en un campamento/albergue puede llegar a ser indeterminado; sin embargo, para operativizar las intervenciones, se debe garantizar la confidencialidad y el ambiente adecuado donde la persona se sienta en condiciones de expresar abiertamente sus emociones, por lo que una población de hasta 500 personas, debe contar con un equipo de atención integral de salud (médico, enfermera y psicólogo) más profesional de psicología permanente, responsable de la prestación de servicios por número de familias, incluyendo a las personas que se encuentren sin recursos de apoyo familiar y social.

**Coordinación institucional e inter-sectorial**

Muchas acciones se desarrollan por numerosas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil, razón por la cual existe la necesidad de establecer una articulación que permita la optimación del talento humano así como los recursos económicos.
La identificación de estos organismos mediante un mapeo y la elaboración de una guía de instituciones que permita recoger mínimos detalles con la visión, misión, contactos y programas que ponen a disposición y lugares de intervención permitirá a la Autoridad Sanitaria, orientar de manera organizada el trabajo y la atención a toda la población que se encuentra en la **zona de afectación.**

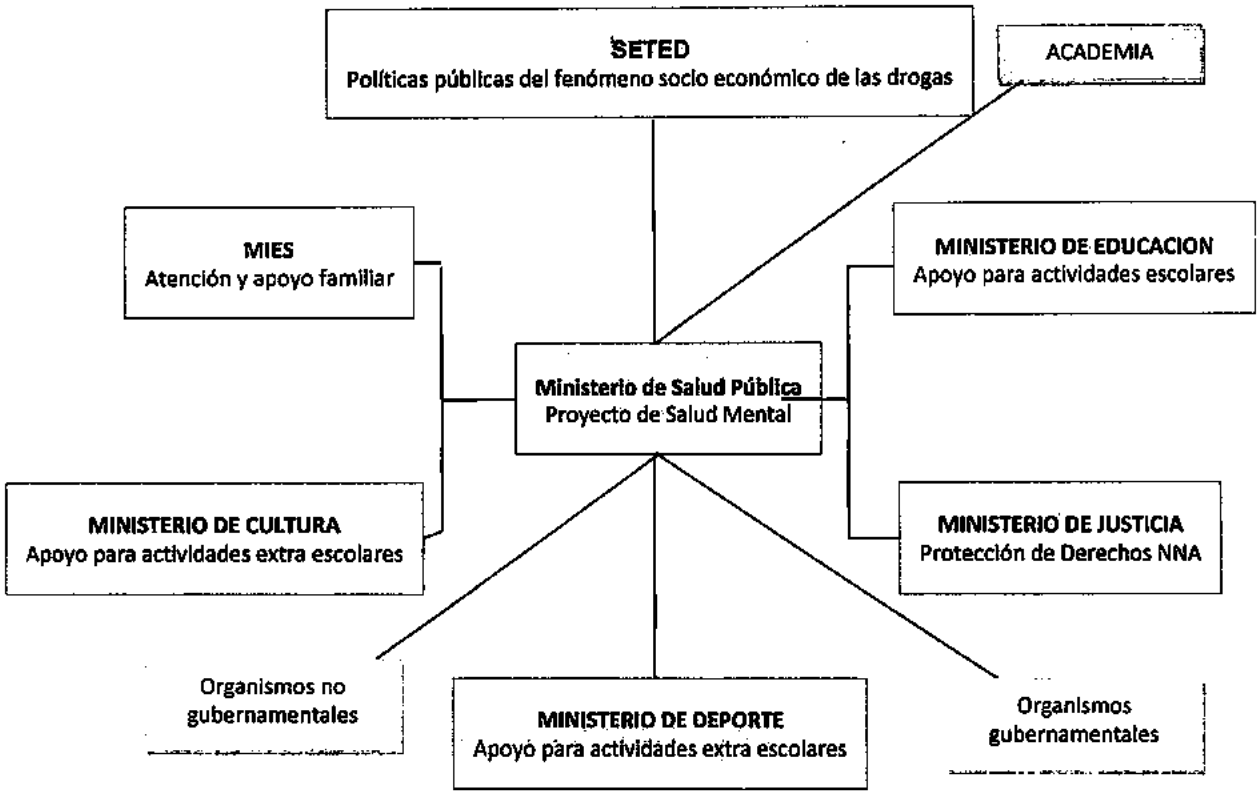
1. Mapa de relacionamiento Institucional




→ Líneas directas muestran una articulación directa con las diferentes dependencias.

- - - Líneas entrecortadas muestran una articulación ocasional con las diferentes dependencias.

2. Mapa de relacionamiento Intersectorial y otras ONG´s




Anexo: Matriz de actores que se encuentran levantando acciones de salud mental.

***Modalidades:*** La modalidad de atención será en el mayor de los casos extramural, sin perjuicio de lo intramural, conforme a la complejidad de los problemas de salud.

***Extramural:*** se la realizará en campamento/albergues oficiales y otros generados por la comunidad (en este caso, previo acuerdo con sus representantes y coordinación con las autoridades sanitarias de la jurisdicción), enfatizando en actividades de promoción (informativas) y prevención primaria, además de visitas domiciliarias.

***Intramural:*** se debe proseguir con la atención en los centros de salud que dispongan de servicios de salud mental, de personas identificadas y derivadas al profesional para asegurar la continuidad de la atención. De igual manera, los establecimientos que corresponden al segundo nivel de complejidad deberán atender los casos que ameriten. Por otro lado, se trabajará en la contención de los equipos de voluntarios que regresen de la zona afectada y se identificará los establecimientos de salud para la intervención.

**De la Red Pública Integral de Salud.-**
En las primeras setenta y dos horas del desastre los profesionales de psicología y psiquiatría de Salud Militar de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional, IESS se movilizarán para trabajar en primeros auxilios psicológicos.

El Ministerio de Salud Pública coordinará la organización de cobertura de brigadas en salud mental en la zona afectada, en el marco de la mesa técnica de trabajo 2, del sistema nacional descentralizado de gestión de riesgos.

***Organización en campamento/albergues.-*** De acuerdo a la disponibilidad de espacios asignados por la autoridad y otros que pueden ser tomados por la población, se pueden establecer dos tipos de campamento/albergues, los oficiales y los generados de manera espontánea por la misma población. Además se pueden diferenciar por el tiempo de duración: de corto y largo plazo.

**a. Corto plazo:** Los generados en las primeras 72 horas de ocurrido el evento y puede extenderse hasta cuatro semanas, e inclusive hasta tres meses. Pueden ser **albergues** que acogen durante todo el día a las personas afectadas, pero pueden considerarse como refugios de acogimiento durante breves horas, ya sea para alimentarse o para pernoctar. En las primeras setenta y dos horas se recomienda que las intervenciones en salud mental sean desarrolladas por profesionales.

**b. Largo plazo:** Son aquellos que pueden extenderse de manera indefinida. Existe una definición de alojamientos temporales que plantea y los denomina como centros colectivos, que son "edificios comunitarios pre-existentes que albergan a poblaciones desplazadas", pero también se toma en cuenta grandes extensiones de terreno donde se ubican de manera emergente a los damnificados, con las consecuentes dificultades de provisión de servicios básicos y presencia de problemas en la convivencia diaria. Por lo general, en estos lugares las personas viven al no contar con redes de apoyo social o familiar fuera del área de desastre.

Para el trabajo en estos lugares, se propone la siguiente clasificación y funciones:

**b.1 Campamento/albergues, refugios y asentamientos espontáneos de hasta 500 personas.** Serán atendidas por equipos de atención integral que incluyan psicólogos permanentes del distrito y/o zona.

El personal voluntario será asignado para acciones de promoción de la salud mental y prevención primaria e identificación, contención inicial y derivación al centro de salud (psicología). Y estarán en contacto permanente con los afectados por el desastre, ajustándose a los horarios de estos, siendo coordinados por el psicólogo del distrito.

**b.2 Campamento/albergues de 501 a 1000 personas.** Serán atendidas por equipos de atención integral que incluyan psicólogos permanentes del distrito y/o zona, de acuerdo a necesidades de la población.

Los y las voluntarios/as serán asignados/as para acciones de promoción de la salud mental y prevención primaria e identificación, contención inicial y derivación al centro de salud (psicología), y estarán en contacto permanente con los afectados por el desastre, ajustándose a los horarios de estos, siendo coordinados por el psicólogo del distrito.

**b.3 Campamento/albergues de más de 1000 personas.** Serán atendidas por equipos de atención integral permanente que incluya psicólogo.

Los voluntarios serán asignados para acciones de promoción y prevención primaria e identificación, contención inicial y derivación a psicólogo. La cartera de servicios podría corresponder a un Centro tipo A con prestaciones de salud mental, que enfaticen

intervenciones psicosociales.

El resumen de esta tipología, se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 1.** Tipología de lugares de atención de salud mental.

| LUGAR DE ALOJAMIENTO | POBLACIÓN | RESPONSABLE ATENCIÓN |
|---|---|---|
| Campamento/albergue/ refugio | Hasta 500 | Un equipo EAIS* + Psicólogo. 2 Voluntarios*5 días. 7 turnos al mes/14 al mes. |
| Campamento/albergue | De 501 a 1000 | Dos equipos EAIS* + Psicólogo. 4 Voluntarios*5 días. 7 turnos al mes/ 28 al mes |
| Campamento/albergue/ Centro colectivo/Campamento/ albergue | Más de 1000 | Tres o más equipos EAIS* (Dependerá de la población del campamento/albergue) + Psicólogo. N Voluntarios*5 días. 7 turnos al mes/ N al mes. (2 voluntarios en razón de 500 personas*7) |

EAIS: se asigna un equipo EAIS por cada 500 habitantes, de acuerdo al manual de gestión "Atención Integral en salud al interior de los campamentos, albergues o refugios. Elaborado por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

## 4.2 Componente 2. Provisión de Servicios de Salud Mental.

***Perfil del personal voluntario 72 horas.-***

- Profesional de la salud mental capacitado en emergencias y desastres.

***Perfil del personal voluntario posterior a las 72 horas para salud mental.-***

- Profesionales y estudiantes de último año de carreras universitarias como por ejemplo: Parvularia, Trabajo Social, Promoción de la Salud, Enfermería, Gestión de Riesgos, Psicología, Medicina, Terapistas Ocupacionales u otras afines a la salud, capacitados en salud mental y desastres[6].

Actitud del voluntario/a

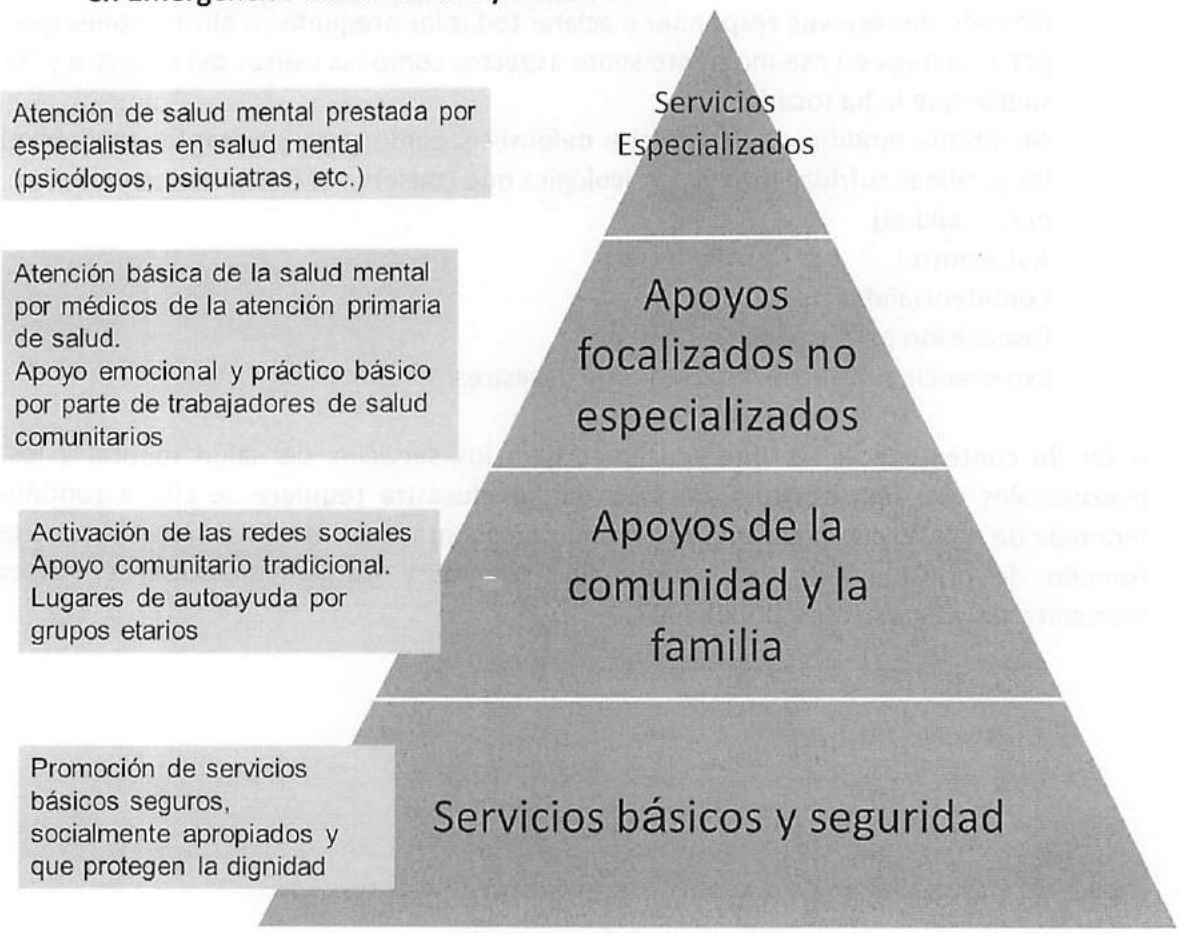
- Actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme.
- Sin pre-juicios
- Actitud de escucha responsable, que permita que la persona afectada se exprese (catarsis).
- Actitud que facilite la empatía.
- Aptitud para la comunicación.
- Desarrollar sus acciones desde el respeto a los derechos humanos, principios humanitarios, cultura y costumbres del contexto donde desarrollan su acción voluntaria.
- Manejo básico de protocolos de primer apoyo psicosocial.
- Técnicas básicas de intervención psicosocial.
- Resistencia a la fatiga física y psicológica.
- Agudeza en la observación y determinación de signos de riesgo o posibles trastornos.
- Percepción realista de sus capacidades y limitaciones

[6] Se recomienda priorizar las acciones con estudiantes de último año, si la participación es de estudiantes de años inferiores es necesario el monitoreo de un tutor de la Universidad con actividades específicas citadas en este documento.

- Ser capaz de reconocer su afectación personal producto de la intervención y pedir la ayuda necesaria.
- No trate de resolver, responder o aclarar todas las preguntas o afirmaciones que la persona haga en ese momento sobre aspectos como las causas del desastre y "la mala suerte que le ha tocado".
- No intente modificar las conductas defensivas, como el no aceptar los acontecimientos o las pérdidas sufridas (defensa psicológica que conserva el funcionamiento de la personalidad).
- Autocontrol.
- Confidencialidad.
- Disposición para trabajar en equipo.
- Experiencia previa en situaciones de desastres.

A fin de contextualizar las intervenciones para los servicios de salud mental y los apoyos psicosociales que una persona afectada por un desastre requiere se cita a continuación la pirámide de niveles complementarios a tomar en cuenta al momento de abordar esta temática, tomado de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, (IASC, 2007)

**Figura 1. Niveles complementarios de intervención, Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes**




Fuente: Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, 2007

***Servicios básicos y seguridad.-*** Hace referencia a que su entorno garantice su integridad, alimentos, campamento/albergue/asentamiento espontáneo, abastecimiento de agua, servicios básicos de salud, atención a las enfermedades transmisibles.

***Apoyos de la comunidad y la familia.-*** Hace referencia a restablecer las redes comunitarias y de la familia, asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación, difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación, programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos, actividades de educación escolar y extra escolar, actividades para proporcionar nuevos medios de vida.

***Apoyos focalizados no especializados.-*** Primeros auxilios psicológicos y de atención básica en salud mental brindados por agentes de atención primaria de salud. Revisar documento. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.* OMS: Ginebra.

***Servicio especializado.-*** hace referencia al apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales. Revisar documento. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.* OMS: Ginebra. Este trabajó se desarrollará por personal de salud

mental de la Red Pública Integral de Salud o por personal de organizaciones internacionales, academia y de la sociedad civil, que garanticen la atención integral de salud mental continua y permanente de por lo menos tres meses. Caso contrario las actividades se desarrollan en las esferas de Apoyos de la Comunidad y la Familia, Apoyos focalizados no especializados o en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta técnica al personal de la zona afectada.

De acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario (MAIS, 2012) la provisión de los servicios está a cargo del Equipo de Atención Integral de Salud, que está conformado por: médico, enfermera, técnico de atención primaria TAPS. En este caso particular de atención en desastres, se incluye el psicólogo (clínico, infantil y rehabilitador), dada la necesidad de intervenciones de salud mental que aumentan en la población afectada. Además, se incorpora de manera temporal a voluntarios, de los cuales su número y características obedecerán al tipo de lugar de alojamiento (temporal y permanente) de los damnificados, y a las actividades que cumplirán.

Al respecto, el EAIS en situación de desastre, brindarán prestaciones de acuerdo a lo que establece el MAIS, y en el caso de salud mental, el personal debe realizar una evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental, ajustar prestaciones de contención inicial e intervención breve y de emergencia en situaciones de desastre para la fase de emergencia sobretodo, incluido al personal de salud, y en la de rehabilitación y adaptación, las contempladas en el modelo.
De igual manera, las prestaciones se distribuirán en promoción de la salud, prevención y rehabilitación.

**Tabla 2.** Actividades de salud mental por ciclo de vida y niveles de intervención en situación de desastre.

| **Niños y niñas de 0 a 9 años/ Madres / tutores.** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NIVEL** | **POBLACIÓN OBJETIVO** | **LUGAR** | **OBJETIVOS** | **TIPO DE INTERVENCIÓN** | **RESPONSABLES** |
| Promoción[7] | Niños y niñas de 0 a 9 años/ Madres / tutores. | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | - Psicoeducación<br>-Socializar la comunicación<br>- Primeros auxilios psicológicos (anexo 5) | - Psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.<br>Grupos de información y orientación.(anexo 2)<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional.(anexo 3)<br>-Dibujo, juegos, marionetas, plastilinas, etc.(anexo 4) | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Prevención | Niños y niñas de 0 a 9 años/ Madres. | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento | -Disminuir el sufrimiento psicológico originado por el evento | - Psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.<br>Grupos de información | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de |

[7] Para mayor referencia revisar el manual de ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL INTERIOR DE LOS CAMPAMENTOS, ALBERGUES O REFUGIOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | de salud | traumático<br><br>-Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecten su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás | y orientación.(anexo 2)<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional. (anexo 3)<br>-Dibujo, juegos, marionetas, narrativas, etc.(anexo 4) | último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Rehabilitación | Niños y niñas de 0 a 9 años/ Madres. | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | Intervención en signos y síntomas específicos que no remitan al cabo del tiempo (3 meses). Enuresis, Pérdida del apetito o rechazo persistente de la comida. Permanece mudo; excesiva pasividad o silencio. Excesiva inquietud | Psicoterapia a través del juego, moldeado o simbólico, psicoterapia a través del dibujo, juegos, marionetas, etc.(anexo 4) | **Campamento/ albergue /Refugio o Establecimiento de salud:**<br>*Personal de salud mental |
| **Adolescentes de 10 a 19 años.** | | | | | |
| Promoción[8] | Adolescentes de 10 a 19 años. | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | - Psicoeducación<br>-Socializar la comunicación<br>- Primeros auxilios psicológicos(anexo 5) | - Psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.<br>Grupos de información y orientación (anexo 2)<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional(anexo 3) | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Prevención | Adolescentes de 10 a 19 años. | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | -Disminuir el sufrimiento psicológico originado por el evento traumático<br><br>-Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecten su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás | -Grupos de información y orientación<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional(anexo 2)<br>- Psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.(anexo 6) | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Rehabilitación | Adolescentes de 10 a 19 | Campamento/ albergue / | Intervención en signos y síntomas | Psicoterapia individual, grupal y familiar. | **Campamento/ albergue/ Refugio** |

[8] IBIDEM

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | años con problemática de salud mental | Refugio / Establecimiento de salud | específicos que no remitan al cabo del tiempo (3 meses). Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. Presencia de conductas antisociales como robo, hurto, riñas graves, etc. Comportamiento sexual promiscuo o perverso. | Psicofármacos en caso de ser necesario por un profesional capacitado. (anexo 7) | **o Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| **Mayores de 20 – 65** | | | | | |
| Promoción[9] | Mayores de 20 años | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | -Psicoeducación<br>-Socializar la comunicación<br>- Primeros auxilios psicológicos | Psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.Grupos de información y orientación<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Prevención | Mayores de 20 años/ diferenciado por género | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | Disminuir el sufrimiento psicológico originado por el evento traumático<br><br>-Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecten su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás | Grupos de información y orientación<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional<br>- Psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial. | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Rehabilitación | Mayores de 20 años con problemática de salud mental | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | Intervención en signos y síntomas específicos que no remitan al cabo del tiempo (meses). | Psicoterapia individual, familiar y grupal | **Campamento/ albergue / Refugio o Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |

[9] IBIDEM

| Mayores de 65 años | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Promoción[10] | Mayores de 65 años | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | -Psicoeducación<br>-Socializar la comunicación<br>- Primeros auxilios psicológicos | Psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.Grupos de información y orientación<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Prevención | Mayores de 65 años/ diferenciado por género | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | Disminuir el sufrimiento psicológico originado por el evento traumático<br><br>-Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecten su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás | Grupos de información y orientación<br>-Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional<br>- Psicoinformativas, y de atención y recuperación Psicosocial. | **Campamento/ albergue/ refugio: Voluntarios:**<br>* Estudiantes de último año de psicología, trabajo social.<br>* TAPS<br>* Promotores de salud.<br><br>**Establecimiento de salud:** *Personal de salud mental |
| Rehabilitación | Mayores de 65 años con problemática de salud mental | Campamento/ albergue / Refugio / Establecimiento de salud | Intervención en signos y síntomas específicos que no remitan al cabo del tiempo (meses). | Psicoterapia individual, familiar y grupal | **Campamento/ albergue /Refugio o Establecimiento de salud:**<br>*Personal de salud mental |

***Cálculo de requerimiento de personal voluntario y actividades por lugar y período de permanencia.***

Los y las voluntarias de salud mental al ser un recurso temporal, deben encargarse de actividades puntuales que se detallan en la tabla 2, para con esto impedir crear expectativas en las personas damnificadas, que afecten el abordaje y la continuidad de la atención a cargo del especialista permanente del centro de salud en cuya zona de influencia se encuentre el campamento/albergue. Ahora bien, es importante establecer qué tipo de actividades, el número de beneficiarios/as y la cantidad de voluntarios/as que se requiere por tipo de campamento/albergue (según población):

**Tabla 3.** Cálculo de voluntarios para fase de rehabilitación en situación de desastre

[10] IBIDEM

| Prestaciones | Nº actividades/ día | Total beneficiarios/ actividad día | Nº actividades/ 4 días** | Total beneficiarios/4 días |
|---|---|---|---|---|
| Promoción | 2 | 40 | 8 | 160 |
| Prevención | 2 | 30 | 8 | 120 |
| Primeros auxilios | 2 | 2 | 8 | 8 |
| Totales | 6 | | 24 | 288 |

* Cada actividad tiene una duración estimada: Para la charla informativa (00:30), taller psicoeducación (01:30), Contención individual (01:00), que da un total de 6 horas efectivas por día.
** Se toma en cuenta 4 días de trabajo, por cuanto un día se lo considera de viaje, llegada a sitio de intervención y retorno.

Como se observa, se espera que cada voluntario en los cuatro días que permanezca en el lugar asignado, realice 24 actividades, 6 por día, con un total de beneficiarios y/o asistentes de 288 personas. El asignar cinco días para el voluntariado obedece a temas de movilización y disponibilidad del recurso.

En cuanto al cálculo de voluntarios, se toma en cuenta el total de personas damnificadas dividido para el número de beneficiarios y/o asistentes. Si bien esta población puede encontrarse en constante tránsito, ya sea porque acuden al lugar en momentos específicos durante el día, o porque regresan a sus hogares o el de familiares, se realiza el cálculo por cobertura de actividades. A continuación se hará el cálculo en base a datos de los campamento/albergues instalados en las provincias de Manabí y Esmeraldas.

**Tabla 5.** Conformación de equipos voluntarios salud mental

| Distrito | Código | Población | Nº hbts/Voluntario Salud Mental* | # de Voluntario/Campamento/albergue** | Total voluntarios |
|---|---|---|---|---|---|
| Portoviejo | 13D01 | 280029 | 18 | 6 | 30 |
| Manta/Montecristi/Jaramijó | 13D02 | 315257 | 21 | 6 | 33 |
| Calceta/Junín | 13D06 | 59677 | 4 | | 5 |
| Chone/F. Alfaro | 13D07 | 151495 | 10 | 2 | 15 |
| Pedernales/Jama | 13D10 | 78381 | 5 | 8 | 15 |
| Bahía/S. Vicente/S. Isidro | 13D11 | 79187 | 5 | | 7 |
| Tosagua/Rocafuerte | 13D12 | 71850 | 5 | | 6 |
| Muisne/Atacames | 08D03 | 70000 | 5 | 8 | 8 |
| | | TOTAL | 73 | 30 | 103 |

### 4.3 Componente 3. Gestión de la Información

Según la OPS (2006) "La clave de una respuesta exitosa es la información oportuna y precisa, desglosada de acuerdo con los indicadores relevantes. Por tanto, es imprescindible tener una gestión competente de los datos y el flujo apropiado de información entre el Gestor y el Coordinador de Centros". En este sentido, se plantea un reto en cuanto al registro de actividades que realiza el voluntario, sirva sobre todo a una evaluación de las necesidades en salud mental que presenta el campamento/albergue, así como el desempeño de los servicios y el sistema en la atención que se brinda a la población en esta dimensión de la salud.

Por ello, se propone un registro de actividades que incluyan indicadores que sean de fácil

registro para el voluntario, puesto que no todos pueden conocer los diferentes instrumentos con que cuenta el Ministerio de Salud Pública. De esta manera, el gestor del centro, a través del personal de estadística[11] del establecimiento de salud, recopile a diario la información y la consolide para realizar cortes semanales y mensuales, y el servicio cuente con información actualizada, que a su vez la traslade al responsable de distrito. Se plantea el siguiente instrumento a ser utilizado por los voluntarios:

PARA LA EMERGENCIA O DESASTRES EN CASO DE NO CONTAR CON RECURSOS TECNOLÓGICOS PARA EL REGISTRO DE INFORMACIÓN SE DESARROLLARÁ MANUALMENTE EN EL RDACAA CON INFORMACIÓN BÁSICA

**Tabla 6. Registro diario de actividades voluntario salud mental en el RDACAA, AS400 IESS,**

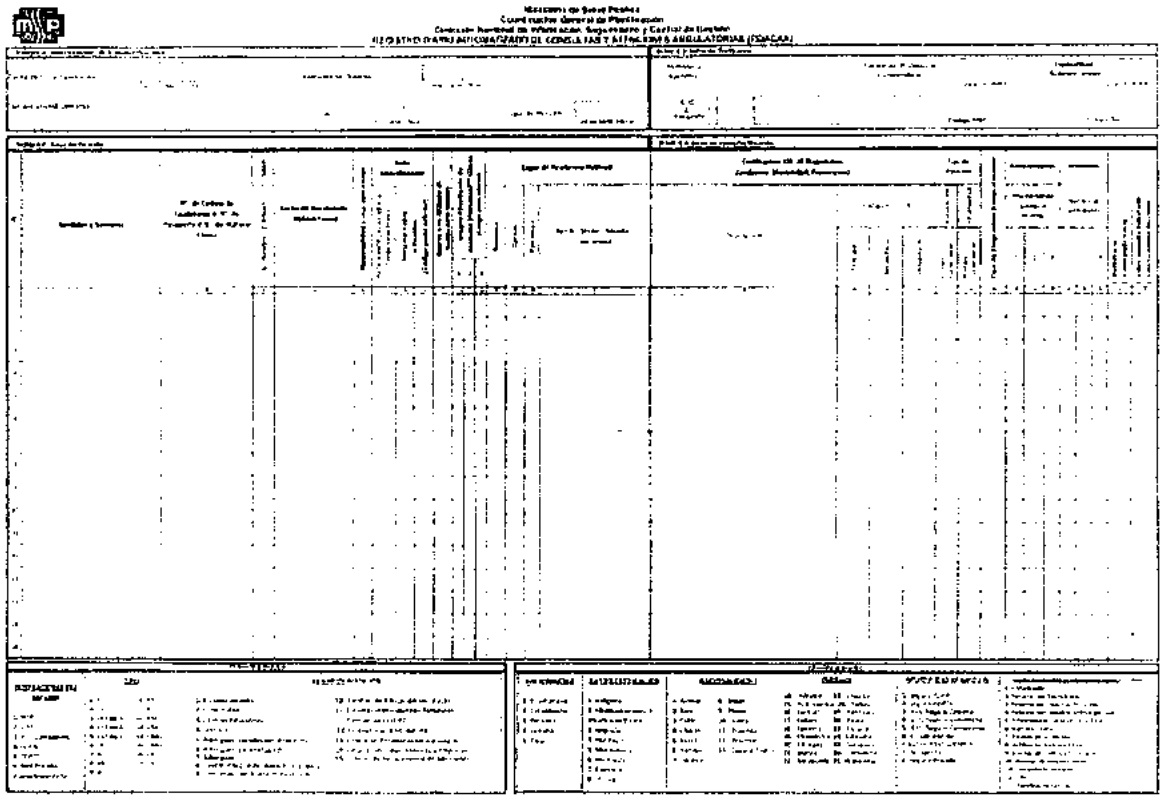


**Figura 2. Flujo administrativo de información[12]**

[11] Para definición de la Máxima Autoridad de la Coordinación Zonal de Salud

[12] Sujeto a validación por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

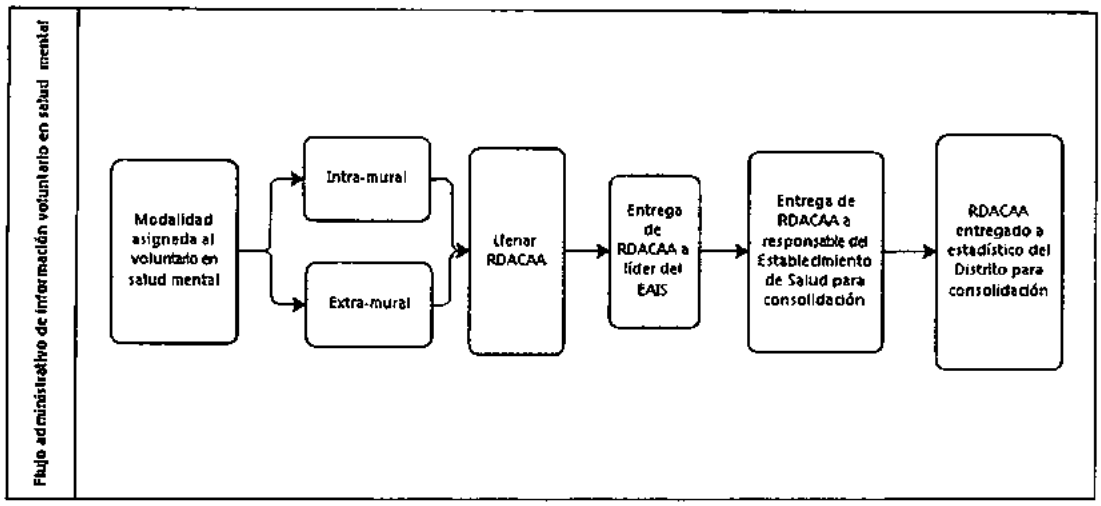
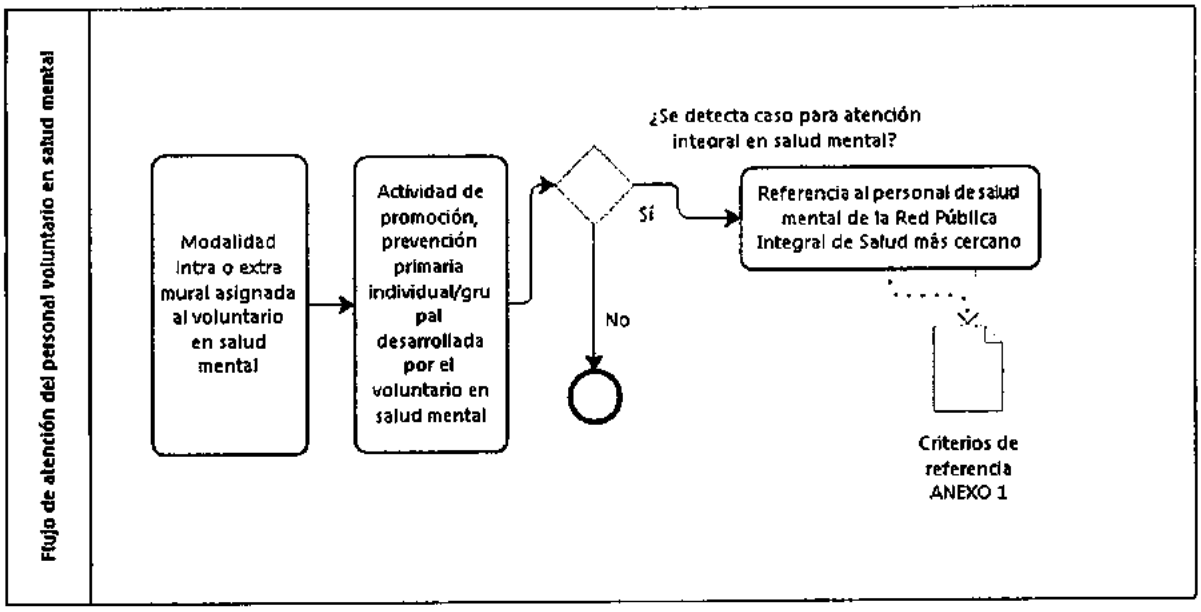



**Figura 3 Flujo de atención del personal voluntario en salud mental**




## 4.4 Actividades con los equipos voluntarios.

### 4.4.1 Afectación a los equipos de salud que participaron en el evento como voluntarios. (Chile, 2010)

Afecta a rescatistas y personas que trabajan con damnificados (Bomberos, Policía Nacional, Ejército, Personal de Salud, y demás personal de todas las instituciones públicas que brindaron apoyo).
Aunque los rescatistas voluntarios pueden estar dotados de una alta resiliencia, se recomienda mantener una permanente observación hacia ellos y actuar en consecuencia.

**4.4.2 Actividades con el personal que brinda su apoyo**

- Capacitación y psico-educación, reconocimiento de síntomas de estrés, cuidado del descanso, alimentación. Indicarles descansar, comer y dormir bien, y la detección temprana de sintomatología presuntiva de enfermedades para recibir ayuda en caso de necesidad.
- Controlar el estrés normal, cuidando los ambientes de trabajo, porque si ya está con estrés previo tendrá mayor riesgo de tener estrés agudo.
- Es recomendable que los voluntarios de mayor experiencia conversen con los más jóvenes e inexpertos acerca de la normal tensión experimentada frente a este tipo de situaciones. Los experimentados deben crear un ambiente propicio para que los inexpertos puedan expresar sus sentimientos.
- Estimular comunicación entre los compañeros y niveles superiores.
- Cuando se necesite una ayuda de expertos, se debe acudir a quienes estén familiarizados con el perfil de estos voluntarios (médico, psicólogo), y que tengan experiencia en el manejo de estos cuadros.
- Tener contacto previo con los equipos. Por ejemplo, participar en los cursos de entrenamiento, dando una clase de prevención del estrés agudo, de manera de generar un vínculo y referencia para posteriores derivaciones.

**4.4.3 Durante la Emergencia / Desastre:**

- Monitoreo propio: si está cansado, si está comiendo bien, si está durmiendo, etc. A veces en estos periodos se olvidan alimentarse bien, no gradúan el trabajo, lo que debe evitarse y prevenirse.
- Mantener comunicación periódica con sus familiares.
- En el lugar del suceso trabajar siempre en duplas o con un equipo.
- Tomar descansos periódicamente, aunque haya exceso de trabajo.
- Reconocer las limitaciones para actuar.
- Cuidar no ingerir mucha azúcar ni cafeína.
- Cuando se empieza a sentir culpable por trabajar demasiado, es que ya está trabajando demasiado.

**4.4.4 Cuando regresan los equipos de estos lugares.**

- Felicitar el trabajo realizado y reconocer el esfuerzo, no sólo a los que fueron a ese lugar, sino a los que cubrieron el puesto en su ausencia.
- Descansar, comer bien, estar con sus familias (al menos 2 o 3 días de descanso para todos los voluntarios, y trabajadores de salud)
- En cada una de las zonas se identificarán establecimientos de salud, en los mismos se llevarán a cabo actividades de apoyo psicosocial y contención con los voluntarios que deseen formar parte de la actividad sin obligación alguna.

- En estos espacios se dará seguimiento a las personas que formaron parte de los equipos voluntarios para identificar problemas que puedan surgir en un futuro debido al trabajo realizado.
- Cuando regresen a sus trabajos normales, observar bien sus comportamientos. Verificar si hay diferencias antes y después. Comparar con el tiempo normal. Si está más cansado, o más callado. Si la diferencia es importante hay que consultar.

**ANEXO 1** ***Referencia a Servicios Especializados de Salud Mental***

Según la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, (IASC, 2007), Los trastornos mentales considerados para la referencial al personal de salud mental de la Red Pública Integral de Salud son, a través de formulario 0053:

a. Psicosis de todos los tipos;
b. Presentaciones graves y discapacitantes de distimias y ansiedades (incluidas las formas gravemente discapacitantes de trastorno por estrés postraumático);
c. Trastornos mentales graves causados por el alcohol o por sustancias psicoactivas;
d. Trastornos emocionales y del comportamiento graves de niños/as y jóvenes;
e. Discapacidades causadas por trastornos graves del desarrollo preexistentes;
f. Trastornos neuropsiquiátricos, entre ellos: epilepsia, delirium, demencia, y trastornos mentales resultantes de lesiones cerebrales u otros problemas médicos subyacentes (por ejemplo, contacto con sustancias tóxicas, infección, perturbaciones del metabolismo, tumores, enfermedades degenerativas);
g. Cualquier otro problema grave de salud mental, entre ellos: a) trastornos graves definidos localmente que no se ajustan a los sistemas internacionales de clasificación establecidos; y b) comportamientos de riesgo comúnmente asociados a trastornos mentales (tendencia al suicidio, comportamientos autodestructivos).

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA**

**I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA**

| Apellido paterno | Apellido materno | Nombres | Fecha de Nacimiento (día / mes / año) | Sexo (1=H / 2=M) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Nacionalidad (1=Ecu / 2=Ext) | País | Cédula de Ciudadanía ó | Lugar de residencia actual (Provincia / Cantón / Parroquia) | Dirección Domiciliaria | Nº Telefónico |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**II. REFERENCIA:** 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☐

**1. Datos Institucionales**

| Entidad del sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Área |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Refiere o Deriva a:** Fecha

| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | día | mes | año |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**2. Motivo de la Referencia o Derivación:**

limitada capacidad resolutiva 1 ☐
Ausencia temporal del profesic 2 ☐
Falta de profesional 3 ☐
Saturación de capacidad ins 4 ☐
Otros /Especifique: 5 ☐

**3. Resumen del cuadro clínico**

**4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos**

**5. Diagnóstico**

| | | CIE-10 | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

Nombre del profesional: Código MSP: Firma:

**III. CONTRAREFERENCIA:** 3 ☐ **REFERENCIA INVERSA:** 4 ☐

**1. Datos Institucionales**

| Entidad del sistema | Hist. Clínica Nro. | Establecimiento de Salud | Tipo | Servicio | Especialidad del servicio |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**Contrarefiere o Referencia inversa a:** Fecha

| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito/Área | día | mes | año |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**2. Resumen del cuadro clínico**

**3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos**

**4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados**

**5. Diagnóstico de la Contrareferencia o Referencia Inversa**

| | | CIE-10 | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

**6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad**

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

SNS-MSP/HCU-form.053/2013 | 7. Referencia Justificada (Describir código) | 8. Contrareferencia Justificada (Describir código)

**Anexo 2. Psicoinformativas, de atención y recuperación psicosocial. Grupos de información y orientación.**

**Qué hacer, en líneas muy generales**

• Favorecer su retorno a las actividades habituales, en la familia, la escuela y la comunidad de pertenencia, así como vincularlos a actividades lúdicas, deportivas y recreativas.

• Los padres, familiares y maestros deben observar cuidadosamente e identificar tempranamente cualquier modificación en las conductas habituales de los menores.

• Facilitar espacios para la libre expresión y el intercambio entre los niños. Apoyarlos cuando quieran hablar y expresar sus sentimientos, así como escucharlos con atención; es necesario prever que el menor, en muchas ocasiones, no se siente seguro.

• Indicar a padres y madres que cuando sus hijos están presentes, no mencionen los detalles de acontecimientos traumáticos que hayan presenciado.

• Ayudar a los padres y madres y a quienes cuidan a los niños a comprender los cambios que observan en los niños después de una crisis; explicar que algunos comportamientos, como el temor de los demás y el autoaislamiento, o la mayor belicosidad contra otros niños, son reacciones comunes al miedo y al estrés y no reflejan ni una enfermedad ni una deficiencia de quienes cuidan a los niños.

• Compartir con los progenitores y con quienes cuidan a los niños cómo detectar problemas y apoyar la salud psicosocial de los niños, así como la manera de controlar, regular y modificar los comportamientos agresivos de los niños mediante normas coherentes, apoyo y diálogo.

• Indicar cuáles son las respuestas pedagógicas no recomendables al estrés infantil, como golpear, abandonar o estigmatizar al niño, y sugerir a los progenitores y los líderes comunitarios la aplicación de estrategias alternativas.

• Deben tener una continuidad en el tiempo (entre uno y tres meses). Posteriormente, pueden quedar insertadas algunas actividades, conducidas por los maestros, en el marco de la escuela.

• Es necesario organizar reuniones informativas en los propios escenarios naturales del niño. Es necesario explicar de manera breve, veraz y que resulte útil al menor; éste necesita saber qué ha sucedido y cuál es la posible evolución de la situación. También hay que contrarrestar el rumor, la confusión y el pánico entre los niños.

**Reglas básicas para las actividades grupales de atención y recuperación psicosocial**

- Aspectos organizativos
- Estructurar una agenda de la reunión del grupo. Todas las actividades deben tener inicio (introducción), desarrollo y conclusión.
- El facilitador debe llevar un registro de los participantes (identidad y residencia), así como el referente a los padres o responsables para poder establecer contacto con ellos.
- Registrar el desarrollo de la actividad.
- No son simples actividades para la utilización del tiempo libre (recreativas), aunque deben ser atractivas y combinarse con el juego.
- No reemplazan el tratamiento especializado de los niños que lo requieren.
- Deben adecuarse al contexto cultural y a la edad (más específicamente, al grado de desarrollo de los niños).

- Facilitar la expresión espontánea de sentimientos y pensamientos de los niños. Aunque no debe forzarse la expresión de sentimientos ni la vivencia repetida de lo ocurrido.
- Favorecer la participación activa de los padres en este proceso de recuperación psicosocial.
- Se debe guardar y exigir confidencialidad y prudencia con lo manifestado en las actividades.
- No hay que llegar a conclusiones clínicas ni emitir juicios diagnósticos con los materiales de trabajo de los niños, en especial, los dibujos o los juegos, los cuales siempre deben considerarse más como instrumentos expresivos que como herramientas de diagnóstico.

*Actividades y herramientas para la promoción de la salud mental*

Actividades con niños, niñas y adolescentes (4 a 17 años de edad)

Las actividades y herramientas a emplearse con niños, niñas y adolescentes pertenecen al programa de recuperación psicoafectiva "Retorno a la alegría", el cual se implementará con el apoyo de UNICEF y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. El Programa "Retorno a la Alegría", está diseñado para brindar intervenciones masivas urgentes a la niñez afectada por desastres y emergencia, a través de una red constituida por terapeutas lúdicas/os, educadoras/es guías, psicólogas/os y coordinadoras/es logísticas/os de la institución ejecutora y un grupo comunitario de apoyo.

*Duración*. No debe ser menor de 30 días ni mayor de 90 días. En ese tiempo se supone que se hayan alcanzado los objetivos básicos y los posibles "casos" hayan sido remitidos para evaluación especializada. Posteriormente, pueden quedar organizadas actividades de seguimiento insertadas en el marco de la comunidad y la escuela.

*Periodicidad*. Se realiza, al menos, una sesión semanal por grupos (pueden ser más).

**Anexo 3. Grupos psicoeducativos y de apoyo emocional.**

La confusión y la desorientación que se observan en los adultos en las primeras fases del desastre son propias también de los niños. A los menores es necesario hablarles de acuerdo con su capacidad de comprensión; los mensajes y el lenguaje deben ser claros y adaptados a su edad y contexto cultural.

Los niños y niñas pueden entender cualquier situación por desastrosa que ésta sea. Es necesario explicar la naturaleza de lo ocurrido, las causas y la realidad de la situación existente; no hay que exagerar ni engañar, pues la mentira genera desconfianza y, eventualmente, mayor confusión.

Hay que explicarles repetidamente las medidas de seguridad; una vez se encuentren en un lugar apropiado, hablarles de la seguridad que les proveen sus padres, el sitio de acogida y los organismos de socorro. Todo esto ayuda a restablecer la confianza del menor en sí mismo.

Debemos respetar las diferencias culturales. Las creencias y tradiciones de la comunidad, inclusive la religión, también son compartidas por los menores y deben atenderse en los procesos de reconstrucción de la vida familiar y comunitaria.

Es necesario recordar que los padres y la familia, en general, son el nicho de protección y seguridad natural para los niños.

Separar a los niños para ingresarlos en actividades no suele ser bien aceptado, ni por los padres ni por los propios menores; esto implica necesariamente involucrar a los padres en las actividades con los menores, al menos con los más pequeños.

La ansiedad por la separación suele ser una de las reacciones psicológicas más frecuentes en situaciones de emergencia, en especial, en niños pequeños.

Se recomienda ser tolerantes y comprensivos con el relato y la expresión de los sentimientos por parte de los niños. No debe incentivarse el olvido o impedir el llanto y la expresión de emociones.

Debemos escuchar con atención cada vez que el niño desee hablar de lo sucedido, de cómo se siente y de qué piensa al respecto.

Igualmente, se les hace una anticipación de los que les puede ocurrir a ellos mismos; se les habla de manera convincente y sosegada de la manera como posiblemente se están sintiendo y como pueden sentirse y reaccionar en el futuro cercano. Se busca disminuir la ansiedad a través de una familiarización con sus propias reacciones emocionales, de acuerdo con la edad. Se debe insistir en que son reacciones normales en estos momentos, aunque no todos los niños las presentan. Esta información se debe acompañar de recomendaciones útiles sobre cómo afrontarlas.

Sin embargo, es necesario destacar que no es recomendable obligar o estimular a los menores a hablar o recordar (si no lo desean o no lo hacen espontáneamente).

**Anexo 4. Dibujo, juegos, marionetas, narrativas. Psicoterapia a través del juego, moldeado o simbólico, psicoterapia a través del dibujo, juegos, marionetas.**

La narrativa de cuentos es un recurso muy utilizado, combinada con canciones y escenificaciones. El teatro de títeres ayuda a los niños y jóvenes a proyectarse y expresarse de una manera más libre. Los juegos y las técnicas dinámicas-expresivas son instrumentos de primer orden para el trabajo con niños. Los menores se proyectan a través del juego, los dibujos, la escritura, la plástica, etc. Se reestructuran los acontecimientos impactantes para que se les encuentre una lógica temporal.

**Anexo 5. Primeros auxilios psicológicos.**[1]

Los tres principios básicos de actuación de PAP son observar, escuchar y conectar; estos principios sirven de orientación a la hora de contemplar una situación de crisis y de adentrarse en

ella, a acercarse a los/as afectados/as y entender sus necesidades y a ponerles en contacto con apoyo e información prácticos.

**OBSERVAR** » Comprobar la seguridad. » Comprobar si hay personas con evidentes necesidades básicas urgentes. » Comprobar si hay personas que presenten reacciones graves de angustia. **ESCUCHAR** » Diríjase a quienes puedan necesitar ayuda. » Pregunte acerca de qué necesitan las personas y qué les preocupa. » Escuche a las personas y ayúdeles a tranquilizarse. **CONECTAR** » Ayude a las personas a resolver sus necesidades básicas y a acceder a los servicios. » Ayude a las personas a enfrentarse a los problemas. » Brinde información. » Ponga en contacto a los afectados con sus seres queridos y con las redes de apoyo social.

**Anexo 6. Actividades para adolescentes.** Las actividades de recuperación psicosocial para adolescentes deben aprovechar la tendencia grupal propia de esa edad.

La motivación es fundamental; se pueden identificar líderes del mismo grupo para motivarlos y darles responsabilidades dentro de las dinámicas. En ocasiones, algunos adolescentes se muestran esquivos y evitan la participación en grupos. En estos casos, se recurre a actividades informativas y se sugiere el trabajo con ellos de manera individual, sobre todo si se observan signos de alarma.

Es fundamental que las actividades se adapten a las realidades culturales de las poblaciones afectadas y a los recursos comunitarios disponibles, así como que cuenten con la aprobación y el apoyo de los padres.

Se apoyará a clubes deportivos y de jóvenes y otras actividades recreativas; por ejemplo, en beneficio de adolescentes que corren riesgo de consumo de alcohol o presentar problemas sociales y del comportamiento.

Es particularmente valiosa la participación de adolescentes y jóvenes en la realización de actividades para niños/as de corta edad, así como los enfoques de jóvenes que ayudan a otros jóvenes.

Abordar la problemática del consumo de alcohol y otras drogas, así como situaciones de violencia entre los nuevos miembros del albergue o campamento/albergue.

*Duración.* No debe ser menor de 30 días ni mayor de 90 días. En ese tiempo se supone que se hayan alcanzado los objetivos básicos y los posibles "casos" hayan sido remitidos para evaluación especializada. Posteriormente, pueden quedar organizadas actividades de seguimiento insertadas en el marco de la comunidad y la escuela.

*Periodicidad.* Se realiza, al menos, una sesión semanal por grupos (pueden ser más).

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Panamericana de la Salud (2004), Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf

2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Modelo de Atención Integral de Salud. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

3. Inter-Agency Standing Committee,. (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6410.pdf?view=1

4. Organización Panamericana de la Salud (2006). Guía práctica de salud mental en desastres. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf

---

[5]. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.* OMS: Ginebra.

| | NOMBRE | CARGO | SUMILLA |
|---|---|---|---|
| **Aprobado por:** | Paul Oswaldo Proaño | Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud | |
| **Revisado por:** | María Gabriela Morales | Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones | |
| **Elaborado por:** | Andrés Villacrés | Analista del Proyecto de Salud Mental | |
| | Abel Pérez | Analista del Proyecto de Salud Mental | |
| | Mercedes Allauca | Analista del Proyecto de Salud Mental | |
| | Roberto Enríquez | Comisión de Salud mental | |
| | Carlos Díaz | Comisión de Salud mental | |